VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI POLITYKI SENIORALNEJ
(NR 43)
z dnia 13 września 2017 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 43)

13 września 2017 r.

Komisja, obradująca pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia na temat dostępności do opieki medycznej dla osób starszych wobec zmian systemowych w ochronie zdrowia;

– informację Ministra Zdrowia na temat realizacji rozwiązań prawnych przewidzianych w rozporządzeniu w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia;

– odpowiedź Ministra Zdrowia na dezyderat nr 4 w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;

– odpowiedź Ministra Zdrowia na dezyderat nr 5 w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Józefa Szczurek-Żelazko** sekretarz stanu i **Marcin Czech** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Maria Nowak** doradca wojewody Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach, **Barbara Potocka** kierownik administracyjny Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, **Marek Wójcik** pełnomocnik Zarządu Związku Miast Polskich ds. legislacyjnych, **Kordian Kulaszewicz** przedstawiciel Gdyńskiej Rady Organizacji Samorządowych, **Anna-Sawińska** dyrektor medyczny Domu Pomocy Geriatrycznej w Poznaniu, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Choroba Alzheimera, **Zofia Prasał** opiekunka chorych na alzheimera, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Anna Florczak** członek Rady Seniorów Ursus, **Renata Ekielska-Rudeńska** przedstawicielka Wawerskiej RS, **Bogdan Szurmak** przewodniczący RS Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy, **Stanisław Trzmiel** wiceprezes Grochowskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, **Grażyna Andziak-Zimińska** słuchaczka UTW w Warszawie, **Maria Godlewska** wiceprezes UTW Woli-Bemowa, **Andżelika Wereda** – asystentka przewodniczącej Komisji oraz **Katarzyna Wieczorowska-Tobis i Rafał Sapuła** – stali doradcy Komisji.

W posiedzeniu wzięły udział pracownice Kancelarii Sejmu **Elżbieta Przybylska i Ewa Soroka** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dzień dobry państwu. Witam wszystkich państwa bardzo serdecznie. Otwieram 43. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Witam panie i panów posłów, państwa ministrów, przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, a także wszystkich pozostałych gości. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia na temat dostępności do opieki medycznej dla osób starszych wobec zmian systemowych w ochronie zdrowia; drugi punkt – rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia na temat realizacji rozwiązań prawnych przewidzianych w rozporządzeniu w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa leków, środków spożywczych specjal-

nego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia; trzeci punkt – rozpatrzenie odpowiedzi Ministra Zdrowia na dezyderat nr 4 w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej; czwarty punkt – rozpatrzenie odpowiedzi na dezyderat nr 5 w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Czy ktoś jest przeciw przyjęciu porządku dziennego? Nie. Stwierdzam zatem jego przyjęcie.

Poproszę panią minister zdrowia Józefę Szczurek-Żelazko o zabranie głosu w pierwszym punkcie porządku dziennego: rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia na temat dostępności do opieki medycznej dla osób starszych wobec zmian systemowych w ochronie zdrowia. Bardzo proszę, pani minister.

Sekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko:

Dziękuję bardzo. Witam państwa bardzo serdecznie. Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, mam zaszczyt w imieniu ministra zdrowia przedstawić informację Ministra Zdrowia na temat dostępności do opieki medycznej osób starszych wobec zmian systemowych w ochronie zdrowia. Na wstępie chciałabym podkreślić, że zachodzące procesy demograficzne stanowią wyzwania dla systemu opieki i powodują konieczność odpowiedniego przeprojektowania rozwiązań ukierunkowanych z jednej strony na potrzeby osób starszych, a z drugiej strony na wdrożenie odpowiednich działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia, aby kolejne roczniki, które wchodzą w wiek senioralny, były coraz zdrowsze oraz bardziej świadome czynników, które determinują stan zdrowia. W zakresie budowania systemu opieki zdrowotnej dla osób starszych niezwykle istotna jest również zmiana sposobu myślenia poprzez odejście od utożsamiania zdrowia z działaniami medycyny naprawczej.

Mając na celu poprawę dostępności do świadczeń, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określił w 2016 r. priorytet ogólnopolski w planowaniu zakupów świadczeń w zakresie geriatrii. Chciałabym podkreślić, że w ostatnich pięciu latach nastąpił prawie dwukrotny wzrost wartości umów zawartych na poradnie geriatryczne oraz oddziały geriatryczne. Chcę zwrócić uwagę, że leczenie pacjentów w podeszłym wieku odbywa się nie tylko w tego typu oddziałach, ale również jest realizowane w ramach różnego rodzaju świadczeń w innych oddziałów. Są produkty dedykowane seniorom, chociażby np. w zakresie chorób wewnętrznych – dotyczy to jednorodnych grup pacjentów, tak że tego typu pacjenci mogą być w różnych formach zabezpieczani.

Podejmowane są działania ukierunkowane na zapewnienie adekwatnej wielkości przygotowanych zawodowo kadr. W ostatnim czasie prawie podwoiła się liczba lekarzy geriatrów funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia. W 2013 r. było ich 278, teraz jest 406. Chciałabym podkreślić, że obecnie w trakcie specjalizacji jest ponad 184 lekarzy. Równocześnie są prowadzone nabory na kolejne rezydentury. W październiku 2016 r. minister zdrowia przyznał 25 rezydentur w dziedzinie geriatrii i to zabezpieczyło w 100% zapotrzebowanie w tym zakresie, czyli każdy lekarz, który się zgłosi i chce realizować tę specjalizację, ma zabezpieczone finansowanie i miejsce na tej specjalizacji.

Podjęto również działania mające na celu przygotowanie pielęgniarek do realizacji świadczeń seniorom. Rozszerzono uprawnienia zawodowe, przeprowadzono wiele kursów w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, jak również innych kursów, aby bardzo dobrze przygotować personel do opieki nad osobami starszymi.

Leczenie pacjentów w wieku senioralnym odbywa się, tak jak wcześniej powiedziałam, w wielu szpitalach o różnych profilach, ale niezależnie od tego, w jakim oddziale dany pacjent przebywa, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 listopada 2013 r. świadczeniodawca na wszystkich oddziałach szpitalnych (z wyjątkiem oczywiście, co jest naturalne, oddziałów pediatrycznego, neonatologicznego oraz ginekologiczno-położniczego) jest zobowiązany do przeprowadzenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta. Każdy pacjent, który trafia do oddziału, szpitalnego, niezależnie od jego profilu, ma przeprowadzoną ocenę geriatryczną i na tej podstawie jest dobierany odpowiedni plan postępowania.

Realizowanie zadań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki. Tak jak powiedziałam na wstępie, MZ przywiązuje dużą wagę do kształtowania postaw prozdrowotnych, aby

seniorzy, którzy wkraczają w wiek senioralny, legitymowali się lepszym stanem zdrowia, aby ukształtować ich dbałość o stan zdrowia. Podejmujemy wiele działań edukacyjnych i promocyjnych, finansowanych ze środków publicznych, m.in. w ramach Narodowego Programu Zdrowia realizujemy programy w zakresie promocji zdrowia oraz profilaktyki, przeznaczone dla osób starszych, m.in. Cel Operacyjny 5 „Promocja zdrowego aktywnego starzenia się" kierowanego do osób w wieku 60+. Łącznie w NPZ przeznaczamy rocznie około12 mln zł na tego typu działania promocyjne i profilaktyczne. One obejmują oczywiście wiele różnych zadań, m.in. zwiększenie aktywności seniorów, przeciwdziałanie wykluczeniu, promocja działań prozdrowotnych itd., ale są również nakierunkowane na wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych poszczególnych pacjentów, wczesną reakcję, jest prowadzenie poradnictwa żywieniowego, dietetycznego itd. Czyli to są też konkretne działania, mające na celu poprawę stanu zdrowia pacjentów. Realizując NPZ, współpracujemy m.in. z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i innymi resortami. Współpraca jest absolutną koniecznością, ponieważ osoby starsze wymagają zazwyczaj długofalowego wsparcia ze strony obu resortów.

Przedstawiając informację na temat dostępności świadczeń, chciałabym ją uzupełnić o obecnie zachodzące zmiany, ujęte w ustawie o tzw. sieci szpitali. W ramach zabezpieczenia szpitalnego realizowane są świadczenia o profilu geriatria poprzez szpitale zakwalifikowane do III poziomu i one z automatu mają ryczałtowo finansowaną geriatrię. Dotyczy to 18 szpitali w Polsce zaliczonych do tego poziomu. Ponadto zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia szpital, który posiada oddział geriatryczny, a został zakwalifikowany do I albo II poziomu, ma zagwarantowane finansowanie dla profilu geriatria w ramach oddziałów chorób wewnętrznych i to dotyczy 28 szpitali I i II stopnia; one mają świadczenia finansowane, tak jak powiedziałam, w ramach profilu chorób wewnętrznych. Równocześnie należy podkreślić, że dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ w przypadku, jeśli po analizie potrzeb zdrowotnych, epidemiologii i demografii uznają, że tego typu świadczenia są niezbędne, a szpitale o tym profilu czy oddziały o tym profilu nie znalazły się w sieci na III poziomie, bądź nie zostały dołączone do finansowania ryczałtowego w ramach chorób wewnętrznych, wówczas te oddziały NFZ ogłaszają stosowne postępowania konkursowe. Takie postępowania są ogłaszane w ramach dotychczasowej procedury, obowiązującej w systemie ochrony zdrowia. W zasadzie więc nie ma takiego niebezpieczeństwa, że oddziały geriatryczne, które istniały przed dniem wejścia w życie ustawy, nie będą finansowane. W różnej formie, ale na pewno stają się przedmiotem finansowania przez NFZ.

Oczywiście jeżeli mówimy o finansowaniu w ramach chorób wewnętrznych, to są konkretne procedury przewidziane dla seniorów i w ramach tych procedur pacjent geriatryczny może mieć udzielone świadczenie. Decyzja o dostępności tych świadczeń dla seniorów naturalnie leży już po stronie świadczeniodawcy, czyli kierownika oddziału czy dyrektora, który mając budżet ryczałtowy, jest odpowiedzialny za zarządzanie tym budżetem.

Dodatkowe procedury konkursowe, o których mówiłam, które są planowane, będą się odbywały w czterech oddziałach: dolnośląskim, mazowieckim, opolskim i pomorskim. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani minister. Otwieram dyskusję. Kto z państwa chce zabrać głos, zadać pytanie? Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowni państwo ministrowie, drodzy uczestnicy posiedzenia naszej Komisji. Oczywiście, pytania będą przede wszystkim dotyczyły sieci szpitali, bo to jest temat, który wywołał zainteresowanie na ostatnim posiedzeniu Komisji. Żeby uporządkować: pani minister mówiła, i to też znalazło się w materiale, który otrzymaliśmy, że 18 szpitali, w których istniała geriatria, to są szpitale III stopnia i z nimi nie ma problemu. Problem jest jednak z 28 szpitalami I albo II stopnia czy też poziomu, które nie znalazły się w systemie podstawowego zabezpieczenia szpitalnego (PSZ), związanego z ustawą o tzw. sieci szpitali.

Próbowaliśmy uchwalić dezyderat, motywujący w jakiejś mierze dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ do rozpisywania konkursów dla tych placówek, które nie znalazły się w sieci szpitali, czyli szpitali I i II poziomu. Prawdę powiedziawszy, pani minister, mam wrażenie, że do dziś żaden konkurs na profil geriatrii nie został rozpisany, nawet w tych wymienionych przez panią minister i w otrzymanym przez nas materiale czterech województwach. Pani minister mówiła o oddziałach dolnośląskim, mazowieckim, opolskim i pomorskim; sprawdziłem, w żadnym nie rozpisano konkursu na geriatrię. A co zrobiono? Nie wiem, co zrobiono w przypadku tych 28 szpitali, w których istnieją oddziały geriatryczne. Ale wiem np., że w szpitalu wolskim, wizytowanym przez naszą Komisję, nie rozpisano takiego konkursu, a jedynie aneksowano aktualny kontrakt na kolejne 6 miesięcy, czyli do końca marca przyszłego roku. Innymi słowy, pacjentowi zaserwowano pewnego rodzaju kroplówkę, ale znowu z niepewnością, która się może pojawić pod koniec marca, czy będzie finansowany oddział geriatrii, który powstał specjalnie po to, żeby leczyć osoby w wieku podeszłym. Konkretne pytanie – gdyby pani mogła (a to jest chyba przede wszystkim w zainteresowaniu naszej Komisji) zanalizować tę grupę 28 szpitali i podać Komisji dokładne informacje, w których szpitalach dokonano takiego zabiegu, jakim jest aneksowanie usług?

Pani minister wspomniała również o tych czterech oddziałach wojewódzkich NFZ, dolnośląskim, mazowieckim, opolskim i pomorskim, w których, jak to zostało sformułowane w tekście, planuje się rozpisanie konkursów. Pytanie – ile w wymienionych województwach będzie rozpisanych konkursów na profile? To jest bardzo ważne, bo jak powiedziałem, pacjenci czują, że dalsze funkcjonowanie oddziałów w tej formie jest w dużej mierze zagrożone.

Drugie pytanie – o rezydentury. Rzeczywiście pani minister zauważyła, że między rokiem 2010 a 2015 dwukrotnie wzrosła liczba geriatrów w naszym kraju. W 2016 r. przybyło 25 rezydentów w dziedzinie geriatrii. W mojej opinii to jest niewiele. Ale jest już rok 2017 i chciałbym, żeby pani minister przekazała nam informację, ile rezydentur w dziedzinie geriatrii zostało przyznanych w bieżącym roku. To konkretne pytanie i poprosiłbym również o konkretną odpowiedź.

Pani minister na pewno też wie, że w 2015 r. za czasów pana ministra profesora Zembali zostały wypracowane standardy opieki geriatrycznej, przygotowane przez Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Pytanie – kiedy te standardy opieki geriatrycznej staną się prawem? Czy będą wprowadzone w formie rozporządzenia Ministra Zdrowia?

Kończąc, chciałbym jeszcze zwrócić uwagę pani minister na raporty NIK, które powinny być, w mojej opinii, podstawowym źródłem, inspiracją do działań resortu. W ostatnim raporcie dotyczącym chorych na chorobę Alzheimera i choroby otępienne jest mowa o tym, że powinien w Polsce powstać Polski Program Alzheimerowski, którego inicjatorem i prowadzącym byłoby MZ. Czy w tym zakresie są prowadzone jakieś prace? Jeszcze raz bardzo serdecznie dziękuję za informację i proszę o odpowiedź na przedłożone pytania.

Sekretarz stanu MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni...

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Pani minister, proszę włączyć mikrofon.

Sekretarz stanu MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Pytanie dotyczące specjalizacji lekarskiej. Szanowny panie przewodniczący, rzeczywiście nastąpił wyraźny wzrost: tak jak powiedziałam, w 2013 r. było 298 geriatrów, w 2017 r. jest ich 406, a w trakcie specjalizacji 184. Podajemy państwu dane z ub.r., bo jak pan przewodniczący zapewne dobrze wie, nabory są dwa razy w roku, w marcu i w październiku czy w listopadzie; informacje za rok 2017 podamy państwu po zakończeniu naboru na następne rezydentury. Mogę jednak powiedzieć, że jeżeli jest zapotrzebowanie i są chętni, to od 2016 r. jest ono pokrywane w stu procentach. Mało tego, geriatria stała się dziedziną priorytetową, pan minister Konstanty Radziwiłł zdecydował bowiem, aby była to dziedzina priorytetowa, czyli również w innych aktach prawnych będzie trakto-

wana w sposób priorytetowy, chociażby przy wynagrodzeniu rezydentur. W stu procentach więc staramy się uzupełniać braki w geriatrii.

Przechodząc do pozostałych pytań. Pierwsze pytanie dotyczyło zabezpieczenia. Wydaje mi się, że odpowiedziałam panu posłowi na to pytanie, mówiąc, że 18 szpitali III poziomu ma z automatu finansowanie ryczałtowe; również 28 oddziałów, które funkcjonują na poziomie I i II, już jest zabezpieczonych finansowo, ponieważ w tej chwili trwają rozmowy kierowników podmiotów leczniczych z dyrekcjami poszczególnych oddziałów NFZ na temat wysokości ryczałtu na IV kwartał. Geriatria, co prawda pod inną pozycją, ale jest w tym ryczałcie. Sposób ustalenia wielkości środków na geriatrię wynika z przepisów prawa. Czyli nie jest tak, że tych 28 jednostek jest uzależnione od tego, czy będzie konkurs czy nie; te oddziały mają zagwarantowane finansowanie, tylko środki na procedury geriatryczne są zsumowane z oddziałem wewnętrznym. W tych czterech oddziałach, o których mówiłam, będą przeprowadzone konkursy, a umowy zostały przedłużone wyłącznie z tego powodu, że trwają negocjacje dotyczące ryczałtów w szpitalach znajdujących się w sieci. Po zakończeniu tych negocjacji – przyjęto taką procedurę – będą ogłaszane pozostałe postępowania konkursowe. Mam informację, że w dwóch z wymienionych oddziałów konkursy już zostały przeprowadzone, w pomorskim i opolskim, a w pozostałych będą przeprowadzone. To dotyczy wyłącznie szpitali monoprofilowych, które nie spełniały warunków wejścia nawet do sieci I poziomu, czyli nie mogły być finansowane ryczałtowo. W związku z tym stwarza się możliwość uzyskania dofinansowania w trybie konkursowym, czyli w takim samym, jaki obowiązywał w ostatnich latach. Tak jak powiedziałam, w dwóch województwach konkursy już się odbyły; były to konkursy uzupełniające i absolutnie nie dotyczą tych 28 oddziałów – one mają zagwarantowane finansowanie. A wspomniane cztery to są pojedyncze oddziały, m.in. szpital wolski w woj. mazowieckim, w którym też odbędzie się konkurs.

Chciałabym z pełną odpowiedzialnością uspokoić państwa i zapewnić, że nie ma takiej sytuacji, że pacjenci nie będą mieli zabezpieczonego finansowania w ramach oddziałów, które już istnieją. Finansowanie jest, zmienia się tylko forma. Myślę, że pacjentowi jest zupełnie obojętne, czy dyrektor dostanie ryczałt w trybie postępowania konkursowego, czy otrzyma ryczałt na finansowanie geriatrii w ramach ryczałtu zgodnie z ustawą. Ważne, żeby ten kontrakt był. To jest odpowiedź na drugie pytanie.

Trzecie pytanie dotyczyło…, może pan przewodniczący mógłby przypomnieć, bo nie zapisałam. Standardy opieki geriatrycznej. Mówimy o procedurach opłacanych przez NFZ, o konkretnym finansowaniu konkretnych świadczeń, które są realizowane w ramach NFZ.

W MZ trwają również prace nad budowaniem systemu koordynowanej opieki w ramach poszczególnych problemów zdrowotnych, m.in. w ramach geriatrii rozpoczynają się prace nad stworzeniem pewnego standardu postępowania, budujemy standard opieki koordynowanej, który by całościowo traktował leczenie, opiekę nad pacjentem z problemami geriatrycznymi. W standardzie opieki na pewno musi być zawarta przede wszystkim koordynowana opieka w ramach POZ. Jest przygotowywana nowa ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej, która w sposób kompleksowy będzie obejmować kwestie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych nie tylko dla seniorów, ale również pozostałych grup wiekowych. Zespół sprawujący tę opiekę interdyscyplinarnie, będzie się starał opiekować pacjentem, dostarczając mu opiekę na takim poziomie, którego wymaga jego stan zdrowia. Jeżeli więc chodzi o te kwestie, najważniejsze jest to, że budujemy założenia kompleksowej opieki nie tylko w przypadku seniorów; przygotowujemy także skoordynowaną opiekę i jej wdrożenie w zakresie opieki nad ciężarną, nad dzieckiem; powstają kolejne takie standardy opieki.

Pytał pan, kiedy będzie Polski Program Alzheimerowski. Nie mamy w tej chwili szczegółowych informacji, jeżeli więc pan poseł pozwoli, przygotujemy odpowiedź na piśmie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani minister. Czy ktoś z państwa chce zadać pytanie? Bardzo proszę.

Stały doradca Komisji Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Pani minister, nazywam się Katarzyna Wieczorowska-Tobis, jestem jednym z tych 406 geriatrów. Z naszego punktu widzenia jest niezwykle ważne wsparcie dla jednostek geriatrycznych na poziomie uniwersyteckim. Nie wszystkie uniwersytety mają oddziały geriatryczne i myślę, że teraz jest odpowiedni moment, aby podkreślać, że uniwersyteckie szpitale z oddziałami geriatrycznymi zostaną utrzymane. To bardzo ważne i wręcz mamy wrażenie, że będzie to jakiś rodzaj zachęty dla uczelni, które jak mój uniwersytet, nie mają geriatrii, żeby te jednostki rozwijać.

Moje pytanie dotyczy procedury, o której podjęliśmy rozmowy z ministerstwem. Tak jak pani minister mówiła, istnieje ocena geriatryczna, ale w praktyce ona nic za sobą nie pociąga: ta ocena jest wykonywana u każdego hospitalizowanego pacjenta, brak jednak procedur, które wdrażałaby jakiekolwiek postępowanie wobec tych chorych, którzy są w tej ocenie pozytywni. Podjęliśmy rozmowy na temat wdrożenia procedury mobilnego geriatry: mógłby on konsultować w szpitalu pacjentów, którzy są w screeningu pozytywni. To by też wychodziło naprzeciw potrzebom dodatkowych miejsc zatrudnienia dla geriatrów, bo mamy wrażenie, że dotychczasowe tempo przyrostu geriatrów będzie utrzymane, a możliwe, że będzie jeszcze większe w najbliższej przyszłości. Czy możemy prosić o jakiś komentarz odnośnie do tej procedury mobilnego geriatry, który służyłby konsultacją, czyli wykonywał całościową ocenę geriatryczną również u pacjentów w izbie przyjęć?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani profesor. Może jeszcze kolejne pytania innych osób i wtedy pani minister odpowie. Czy ktoś jeszcze z państwa? Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Co znaczy mobilny geriatra? Czy on się zajmuje także pacjentem w domu, czy tylko w jednostkach szpitalnych?

Stały doradca Komisji Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

On został zdefiniowany jako mobilny geriatra na terenie szpitala. Miałby to być geriatra, który udziela konsultacji geriatrycznej pacjentowi leżącemu np. na chirurgii czy na onkologii. Wtedy on nie wymaga koniecznie hospitalizacji w ramach oddziału geriatrycznego, tylko samej konsultacji.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani minister.

Sekretarz stanu MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Dziękuję za to pytanie, bo gdy mówiłam o organizacji opieki geriatrycznej, umknęła mi bardzo istotna rzecz. Koncepcja MZ zmierza ku temu, aby geriatrzy byli zatrudniani w szpitalach właśnie w charakterze konsultantów. Chcielibyśmy, żeby w każdym szpitalu był geriatra, ale nieprzypisany do konkretnego oddziału (oczywiście, jeśli są możliwości kadrowe, to jak najbardziej), tylko, generalnie rzeczy biorąc, funkcjonowałby jako konsultant. Przedmiotem jego analizy powinna być ocena geriatryczna i on powinien ustalić proces postępowania z pacjentem. Obecnie oczywiście ocena geriatryczna jest wykonywana przez lekarzy, przeszkolone do tego pielęgniarki (w związku z tym mają one obowiązek ukończenia odpowiednich kursów). Jeżeli nie ma geriatrów, weryfikują lekarze interniści, lekarze o podobnych specjalnościach. Często też kończy się to tym, że pacjent otrzymuje skierowanie do poradni geriatrycznej, o ile na miejscu jest taka poradnia i w niej dalej jest prowadzony.

Jest naszą ideą, aby oddziały geriatryczne funkcjonowały na poziomie uniwersyteckim czy na III poziomie, gdzie będą się szkolić specjaliści geriatrzy. Oni potem będą zatrudniani w szpitalach głównie jako konsultanci, co pozwoli wykorzystać ten rzeczywisty potencjał. W tej chwili, mając 406 geriatrów, w tym czynnych zawodowo trzystu iluś, a szpitali w Polsce jest ponad tysiąc, trudno nawet mówić o systemowej opiece geriatrycznej, powiązanej z diagnostyką problemów geriatrycznych itd. Jesteśmy dopiero na progu budowania systemu. Wspólnie z panią profesor też rozmawiamy na ten temat; chcemy zbudować taki system, żeby przede wszystkim dawał możliwości racjonalnego

wykorzystania zasobów ludzkich, lekarzy i pielęgniarek, a z drugiej strony żeby rzeczywiście pełnili oni funkcję przewodnika seniora w systemie. Wiadomo, jakie problemy mają seniorzy chcący korzystać z różnego rodzaju usług specjalistycznych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, pani minister. Czy ktoś z państwa ma jeszcze pytanie do tego punktu? Proszę, panie pośle.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Pani minister i pan wiceminister Gruza 7 lipca, kiedy przedstawiano informację w sprawie sieci szpitali, rzeczywiście podkreślali, że geriatria powinna mieć przede wszystkim charakter konsultacyjny. Ale my też jako Komisja Polityki Senioralnej wielokrotnie się zwracaliśmy, aby całościowa ocena geriatryczna, być może niedoskonała, jak powiedziała pani profesor, znalazła się również w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. NFZ wielokrotnie składał nam deklaracje, że ta usługa zostanie wyceniona i wprowadzona. Niestety mija kolejny rok i nie wiemy, jak to będzie w 2018 r. Pytanie – czy całościowa ocena geriatryczna będzie mogła być przeprowadzana, rozumiem, że z udoskonaloną procedurą, w przychodniach geriatrycznych?

Jeszcze tylko komentarz. Wszyscy rozumiemy, pani minister, że pomysł MZ jest taki, żeby po prostu oddziały geriatryczne były finansowane w ramach ryczałtu, tak jak oddziały chorób wewnętrznych. Są jednak oddziały geriatryczne, i taki oddział geriatryczny wizytowała nasza Komisja, które również pełnią rolę właśnie tych ośrodków specjalizacyjnych, one mają trochę inny charakter. W odniesieniu do tego typu oddziałów geriatrycznych, w mojej opinii, ten ryczałt i obecność w sieci jest rzeczą niewystarczającą. Powinien być rozpisany konkurs na konkretny profil geriatrii, który będzie uwzględniał również finansowo to, że geriatria jest kosztowniejsza niż interna. To jest rzecz, którą chciałbym podkreślić. To chyba wszystko, pani przewodnicząca. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie pośle. Proszę bardzo, pani minister. Nie wiem, czy pani chce…

Sekretarz stanu MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Jeszcze raz chciałabym podkreślić, że na III poziomie, co w materiale, który państwo otrzymali, podkreślono, geriatria jest finansowana w ryczałcie, ale środki są przeznaczone na geriatrię. Jest pozycja: oddział geriatryczny, wartość oddziału taka i taka. Na III poziomie jest więc tak, jak pan poseł sugeruje. Na poziomach I i II (czyli w tych 28 szpitalach) środki idą do oddziałów wewnętrznych z przeznaczeniem na geriatrię, a pozostałe w trybie konkursowym będą przeznaczone wyłącznie na geriatrię, bo oddziały ogłaszają konkursy na świadczenia z zakresu geriatrii. W trybie konkursowym dlatego, że, jak już mówiłam wcześniej, te środki są zabezpieczone i szpitale je otrzymają. Ale powtarzam jeszcze raz – myślę, że chodzi nam wszystkim o pacjentów, a z punktu widzenia pacjenta naprawdę jest mu wszystko jedno, w jakim trybie jednostka otrzyma środki, czy w trybie postępowania konkursowego, czy budżetowego, czy jeszcze jakiegoś innego. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani minister, za wyczerpujące odpowiedzi. Stwierdzam, że Komisja przyjęła informację do wiadomości. Przechodzimy do drugiego punktu – rozpatrzenia informacji Ministra Zdrowia na temat realizacji rozwiązań prawnych przewidzianych w rozporządzeniu w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia. Poproszę pana ministra Marcina Czucha…

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:

Czecha.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Przepraszam bardzo. Proszę o przedstawienie informacji.

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo. Będę miał przyjemność udzielić państwu informacji na temat realizacji rozwiązań prawnych przewidzianych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 9 czerwca 2016 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia, a więc tzw. listy 75+; proszę pozwolić mi używać takiej nomenklatury.

Szanowni państwo, tytułem wprowadzenia warto podkreślić, że z perspektywy pacjenta ten program okazał się duży sukcesem i by nie być gołosłownym, proszę dać mi przytoczyć pewne liczby. Osób w wieku 75+, które realizowały recepty refundowane w I półroczu 2016 r., było 2472 tys., rok później w analogicznym okresie już ponad 2,5 mln, w związku z czym nie dość, że są to w bezwzględnych wartościach duże liczby, to jeszcze mamy do czynienia z przyrostem osób, które korzystały z tej listy 75+. Porównując te dwa okresy ze sobą: w pierwszym półroczu 2016 r. średnia dopłata pacjenta do leku refundowanego wynosiła 10,84 zł, a w I półroczu 2017 r. średnia dopłata do leku refundowanego wynosiła już tylko 6,73 zł, w związku z czym nastąpił spadek wartości średniej dopłaty o 38%. Mieliśmy również do czynienia również ze stosunkowo dużą liczbą opakowań, które zostały nabyte przez pacjentów. Było to średnio 21,75 opakowania leków w pierwszym półroczu 2016 r. i 22,18 opakowania w rok później. Oczywiście operujemy tutaj liczbami średnimi, więc to nie są oddzielne opakowania. Czyli mieliśmy 3,3 opakowań miesięcznie i wzrosły one do 3,7 opakowań miesięcznie. Co więcej, program bardzo się upowszechnił: osoby w wieku 75+ stanowiły 80% wśród osób, które w tym okresie realizowały recepty refundowane. Warto może jeszcze powiedzieć, że w pierwszym półroczu 2017 r. wydano ponad 20 mln opakowań leków dla osób z uprawnieniami. Jak państwo widzą, ten program odbił się szerokim echem i seniorzy chętnie korzystają z takich opcji. To w odniesieniu do ok. 3 mln osób, które są populacją docelową dla tego programu.

Szanowni państwo, my oczywiście systematycznie sprawozdajemy to, co od strony finansowej jest przeznaczone na ten program. Tak jak mówi przepis § 1 ust. 1 wymienionego rozporządzenia, proszę mi wybaczyć, że już go nie będę czytał, jego nazwa jest dość długa, podstawę rozliczenia wydatków (na bezpłatne zaopatrzenie w leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące tym świadczeniobiorcom w części finansowej, o której mowa w art. 43a ust. 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw) stanowi sprawozdanie NFZ sporządzane wraz z wnioskiem o uruchomienie dotacji. Zestawienie dokonanych i przekazywanych przez NFZ środków jest sporządzane miesiąc do miesiąca, przy czym również liczymy narastające kwoty. I jeśli patrzymy na pełne miesiące, to w odniesieniu do miesiąca są to kwoty rosnące od 24 885 tys. zł (najniższa kwota), do 45 786 156 zł w sierpniu 2017 r. Przy czym większe przyrosty – mam przed sobą tabelę, ale nie chcę państwa zanudzać tymi liczbami – są obserwowane, oczywiście z odpowiednim przesunięciem w czasie na raportowanie, wtedy, kiedy była rozszerzana ta lista. Pierwszy większy skok po 1 stycznia br. nastąpił wtedy, kiedy dołączono insuliny, kolejny w marcu – wprowadzono lek na jaskrę i kolejny – kiedy doszły leki w zakresie kardiologii, inhibitory enzymu konwertującego beta blokerami, czy inhibitory enzymu angiotensyny – to była trzecia zmiana i też mieliśmy przyrost. Planujemy, może to już dodatkowa informacja, nadal rozbudowywać tę listę. W tej chwili mają trafić na nią substancje stosowane w przeroście gruczołu krokowego, leki są obecnie w ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji (AOTMiT); są również rozważane leki przeciwzakrzepowe, pochodne sulfonylomocznika, aby ułatwić finansowo sytuację osób chorych na cukrzycę.

Szanowni państwo, zgodnie z § 2 ust. 1 wspomnianego rozporządzenia złożone sprawozdania, o których mowa w §1 ust 1, zawierały zdefiniowane z góry informacje w odniesieniu do poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ: po pierwsze, podstawę prawną bezpłatnego zaopatrzenia w leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku

życia; po drugie, liczbę świadczeniobiorców po ukończeniu 75. roku życia zaopatrzonych bezpłatnie w leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne; po trzecie wartość bezpłatnego zaopatrzenia w leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne świadczeniobiorców po ukończeniu 75. roku życia w części stanowiącej odpłatność świadczeniobiorcy.

Na podstawie przepisów § 3 przedmiotowego rozporządzenia prezes NFZ przekazał Ministrowi Zdrowia rozliczenie otrzymanej dotacji za rok 2016, ta niewykorzystana część dotacji przekazanej przez ministra właściwego ds., zdrowia, została zwrócona przez NFZ na rachunek bankowy ministra właściwego ds. zdrowia. Dokonano zwrotu dotacji w wysokości 10 982 916 zł, w zaokrągleniu do złotówek.

Szanowni państwo, warto powiedzieć jeszcze o pacjentach z innych krajów. Dyspozycja przepisu § 3 ust. 4 przedmiotowego rozporządzenia stanowi, że środki finansowe w wysokości równowartości wydatków na bezpłatne zaopatrzenie w leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zwrócone przez instytucje państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), Fundusz przekazuje na rachunek bankowy ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu. Środki finansowe przekazane przez Fundusz do końca roku, w którym Fundusz poniósł wydatek, zmniejszają w danym roku budżetowym wykonanie udzielonej Funduszowi dotacji, o której mowa w § 2 ust. 4, a środki finansowe przekazane po tym terminie stanowią dochód budżetu państwa. NFZ wystawiał noty uznaniowe na kwoty zapłacone przez instytucje łącznikowe poszczególnych państw UE. W tabeli mamy zestaw takich środków, pochodzą one z Norwegii, Niemiec, Holandii i Belgii. Największe środki zwrócono z Niemiec, przy czym z punktu widzenia rozliczeń, są to kwoty dość niewielkie; w przypadku Niemiec około 60O zł.

Warto może jeszcze powiedzieć, że środki, które zostały przeznaczone na fundusz 75+, były uruchamiane w dwóch transzach, za 2017 r. w transzy 209 mln zł, co daje 409 mln wobec środków 564 mln, które były przewidziane w ustawie. Na rok 2018 mamy wzrost o 180 mln i ta kwota wynosi 643 mln. Dziękuję bardzo. Przepraszam, że cytowałem tyle liczb w moim wystąpieniu.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Otwieram dyskusję. Ale najpierw moja i pana przewodniczącego prośba. Materiał, który otrzymaliśmy od państwa, jest bardzo skąpy, o wiele więcej informacji przedstawił nam pan w swoim wystąpieniu. Czy moglibyśmy ją otrzymać w formie papierowej? Umożliwiłoby to nam ustosunkowanie się do tej szerszej informacji.

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:

Oczywiście, że tak. Nic nie stoi na przeszkodzie. Te informacje wielokrotnie były przez nas komunikowane w przestrzeni publicznej i z wielką chęcią uzupełnimy otrzymany przez państwa materiał o te wiadomości. Powiedziałem, że jest to jakby tytułem wprowadzenia do tego zagadnienia, które miałem omówić.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Będąc na Forum Ekonomicznym, miałam przyjemność uczestniczyć w panelu właśnie odnośnie do leków 75+, tak że mam dosyć szeroką wiedzę, ale inni posłowie i nasi goście mogą nie mieć. Otwieram dyskusję, bardzo proszę pana Czerwińskiego o zadanie pytania. Przepraszam bardzo, proszę pana Trzmiela, przepraszam najmocniej.

Wiceprezes Grochowskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku Stanisław Trzmiel:

Chciałem się zapytać pana ministra, bo korzystam z darmowych leków – czy pan minister ma taką informację za pierwszy okres pierwszego półrocza 2017 r., że jeżeli zapłaciliśmy kwotę x za te leki, to w jakim procencie, chciałbym usłyszeć, nie zapłacili ci, którzy

korzystają z darmowych leków? Czyli ile procent nie zapłaciło? W 2016 r. był rozruch i on był niewielki. I gdyby można było jeszcze powiedzieć o 2017 roku.

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:
Jeżeli dobrze zrozumiałem pytanie, chodzi panu o realny spadek wartości średniej dopłaty. On wynosił 38% w tych porównywanych okresach. A jeśli chodzi o kwotę, już mi tutaj pani dyrektor pokazuje, jest to około 300 mln zł w wartościach bezwzględnych.

Wiceprezes Grochowskiego UTW Stanisław Trzmiel:
Dziękuję.

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:
Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):
Dziękuję bardzo za odpowiedź. Bardzo proszę, panie przewodniczący.

Poseł Michał Szczerba (PO):
Najpierw taka konstatacja, że między lipcem a wrześniem jest duże zwiększenie liczby beneficjentów, bo dane, które mieliśmy w lipcu, mówiły o 2 mln, a obecnie jest 2,5 mln osób, które skorzystały przynajmniej raz z recepty. Może pan powtórzyć?

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:
Oczywiście, że tak. Osób w wieku 75+, które realizowały recepty refundowane w I półroczu 2017 r., wynosiła było 2 502 921osób.

Poseł Michał Szczerba (PO):
Dwa i pół miliona peselów, czyli 2,5 mln uprawnionych osób, które skorzystały z refundacji. Tak?

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:
To są osoby w tym wieku. Jeśli pyta mnie pan o listę z uprawnieniami „S", czyli senioralnymi, w I półroczu 2017 r. było to 2 011 065 osób.

Poseł Michał Szczerba (PO):
W pierwszym półroczu, tak?

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:
W pierwszym półroczu 2017 r. Jak pan poseł zauważył – tak, tutaj jest wzrost, zresztą zaplanowany w tym programie; dbamy, żeby było to w ramach, które przewidzieliśmy.

Poseł Michał Szczerba (PO):
To oznacza, innymi słowy, że jeśli chodzi o dane za pierwsze półrocze 2017 r., to korzystało z programu mniej więcej 2100 tys. osób, tak?

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:
Nie. Oddam głos pani dyrektor, żeby to dokładnie wyjaśniła.

Poseł Michał Szczerba (PO):
Chodzi o to, żebyśmy dokładnie określili liczbę osób, które nigdy nie korzystały z programu 75+, co pozwoli zanalizować, jakie były powody, że tak dużo osób starszych w wieku podeszłym, nigdy nie miało możliwości zrealizowania recept?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):
Chwileczkę, przepraszam bardzo. Proszę nie prowadzić rozmów. Szanowni państwo, bardzo proszę nie prowadzić rozmów przy stole z tego względu, że ani nie słyszą państwo pytania, ani odpowiedzi. Zostawmy te rozmowy na później, w kuluarach.

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:
Panie pośle, chcę dopytać – czy pana pytanie dotyczy dokładnie liczby osób, czy dlaczego części osób nie odnajdujemy w tym programie? Jeżeli chodzi o tę drugą część, to oczywiście odpowiem w ten sposób, że lista „S" to nie jest jedyna lista pomocy dla tej grupy osób, które z niej korzystają. Mogą one korzystać z normalnych leków, które znajdują się na innych listach, mogą być zdrowe, mogą otrzymywać innego typu pomoc niefarmako-

logiczną itd. Stąd biorą się te rozbieżności. To nie jest dowód na to, że nie obejmujemy opieką części osób w podeszłym wieku, bo pewnie tego dotyczy pytanie. Możemy udzielać im innych formy pomocy i też bardzo cieszyłbym się z tego, że może mamy po prostu zdrowych staruszków w Polsce. Te 3 mln to była po prostu populacja docelowa, która ewentualnie kiedykolwiek mogłaby z tego korzystać.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Rozumiem. Ale ta grupa się zwiększa, jak rozumiem.

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:

Oczywiście, bo mamy zmiany demograficzne.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Pytanie na kanwie…

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo przepraszam, czy mam z imienia i nazwiska upominać osoby, które nie stosują się do reguł? Naprawdę zagłuszają państwo odpowiedzi i pytania. Bardzo proszę, jeżeli to kogoś nie interesuje, to pogodzimy się z tym, że mogą państwo opuścić nasze spotkanie. Dziękuję.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Pytanie jest tak naprawdę… Dlatego pytałem o statystykę, jak również o pewne bariery istniejące w tym programie, o których już dyskutowaliśmy na posiedzeniach naszej Komisji. Jedną z tych barier jest to, że uprawnionymi do wypisywania recept „S" są wyłącznie lekarze POZ, a nie mają takiego prawa lekarze specjaliści. W zeszłym roku pan minister Radziwiłł deklarował przyspieszenie w zakresie tworzenia systemu informatycznego, który by również umożliwiał docelowo wypisywanie recept „S" z programu 75+ lekarzom specjalistom, takim chociażby jak geriatra, chirurg czy diabetolog. Pytanie – na jakim etapie są te prace i czy ewentualnie powodem, że grupa kilkuset tysięcy seniorów nigdy nie skorzystała z tego programu, jest m.in. ta bariera, o której wspominaliśmy? Na jakim etapie są prace, żeby usunąć tę barierę? Dziękuję bardzo.

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:

Szanowny panie przewodniczący, ta grupa chorych, jak pan przewodniczący i wszyscy państwo zdają sobie sprawę, to są osoby, u których, jeśli są chorzy, mamy do czynienia z wielochorobowością i wielolekowością, ponieważ ci chorzy otrzymują wiele leków. Jak pan przewodniczący słusznie zauważył, nie mamy niestety od wielu lat, nad czym wszyscy bardzo bolejemy, systemu informatycznego w ochronie zdrowia i to jest nasze wielkie zaniedbanie państwa. W obecnym stanie informatyzacji systemu, który staramy się zmienić na lepsze i staramy się go jak najszybciej informatyzować, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest jedynym punktem w systemie, który jest w stanie mieć kontrolę nad całym procesem leczenia chorego. W związku z tym takim dodatkowym efektem działania programu 75+ jest to, że pacjent w wieku podeszłym trafia do lekarza POZ, który np. może popatrzeć na profil leczenia farmakologicznego i chociażby wyeliminować jeden z siedmiu albo ośmiu leków, którymi pacjent jest leczony, bo takie dane też mamy o wielolekowości. Jeżeli spojrzymy na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, to rzeczywiście liczba porad receptowych w tej grupie leków spadła z 14 600 w pierwszym półroczu 2016 r. do 13 030 w pierwszym półroczu 2017 i w naszym przekonaniu jest to zjawisko bardzo korzystne.

Jak pan doskonale wie, panie przewodniczący, są bariery w dostępie do wielu specjalistów, u których leczą się m.in. osoby w podeszłym wieku, a praktycznie nie ma takich barier w POZ, gdzie chorzy bez większego problemu są w stanie, jak to się brzydko mówi, dostać się do lekarza. Druga strona tego medalu, to liczba porad w POZ dla grupy wiekowej 75+. Ta z kolei wzrosła: w 2016 r. było to 11 982 tys. porad, a w 2017 już 12 381 tys. Nie mamy wątpliwości, że ten wzrost łączy się z tym, że można zastosować bardziej kompleksowe podejście do ich leczenia i również w pewnym sensie opieka ta jest lepiej koordynowana. Czyli wydaje się, że, tak jak już mówiłem, dodatkowym efektem, krótko mówiąc, jest przesunięcie pacjentów z opieki specjalistycznej, w której są wła-

śnie największe bariery, do leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie tych barier nie ma. Z ekonomicznego punktu widzenia trzeba jeszcze podkreślić fakt, że oparcie systemu na lekarzu rodzinnym, na lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej jest tańsze – bo hospitalizacja, co naturalne, jest najdroższa – w związku z czym mamy potencjalnie możliwość przesunięcia środków na bardziej efektywne działanie systemu w innych miejscach. Dziękuję.

Poseł Michał Szczerba (PO):

To tylko pytanie – na jakim etapie jest system informatyczny, żeby w przyszłości lekarz specjalista mógł wypisać receptę?

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:

To jest bardzo trudne i złożone pytanie. W tej chwili wprowadzamy bardzo wiele zmian prawnych, regulujących również zmiany systemowe w POZ. Na przyszły rok np. przygotowaliśmy już rozwiązania prawne dotyczące chociażby e-recepty, żeby tylko powiedzieć o jednej rzeczy. E-recepta systemowo jest tak zaplanowana, aby zaczęła obowiązywać w przyszłym roku. Mamy już system e-zwolnień, mamy rejestry lekarzy itd. Sądzę, że jeszcze nigdy prace nie toczyły się w tak dużym tempie jak obecnie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Jeszcze pan, bardzo proszę.

Poseł Jarosław Szlachetka (PiS):

Poseł Jarosław Szlachetka. Pani przewodnicząca, pani minister, panie ministrze. Moje pytanie nawiązuje do wypowiedzi mojego przedmówcy. Czy pan minister raczyłby podać, jaka liczba osób korzystała z programu 75+ w latach 2014-2015, kiedy mój przedmówca był w Komisji Polityki Senioralnej? I drugie pytanie – jakie były bariery w 2015 r., żeby realizować właśnie taki program na potrzeby osób starszych, seniorów, osób 75+? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie pośle. Jeszcze ktoś się zgłasza, widzę tylko podniesioną rękę. Proszę bardzo.

Pełnomocnik Zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, Marek Wójcik, Związek Miast Polskich. Chciałem tylko złożyć krótkie sprostowanie do wypowiedzi pana ministra. Pan minister stwierdził, że w podstawowej opiece zdrowotnej się nie czeka. To już niestety nie jest prawda. Nie tylko w dużych ośrodkach miejskich, ale także w mniejszych miejscowościach czas oczekiwania od czterech do siedmiu dni jest już normą. Normą jest także przyjmowanie przez lekarza POZ 50-60 osób dziennie, co, jak państwo policzą, daje 10-15 minut na jednego pacjenta. Przy czynnościach administracyjnych, które musi wykonać lekarz, jest to szansa na to, żeby mógł tak naprawdę zająć się pacjentem przez cztery do pięciu minut. To tylko w kwestii uzupełnienia. Niestety, mamy z tym coraz większy kłopot. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję panu. Czy ktoś jeszcze z państwa chce zadać pytanie? Bardzo proszę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Jerzy Płókarz, Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Panie ministrze, poruszając temat systemu informatycznego wśród naszych członków, zauważamy problem tajemnicy lekarskiej. Jest takie parcie środowisk na to, żeby wszystko udostępniać, żeby lekarz specjalista mógł wypisać receptę. Zresztą sam zawsze byłem zwolennikiem, żeby starsza osoba nie musiała wracać do lekarza POZ, co byłoby dla niej wygodniejsze. Z punktu widzenia systemu, pan minister przejrzyście wyjaśnił, dlaczego jednak musi wrócić lekarz POZ.

Ale warto zauważyć jeden problem. Specjalista nie może mieć dostępu do wszystkich informacji, bo pacjent nie życzy sobie, żeby np. chirurg czy ortopeda, który będzie opatrywał złamany palec u nogi, miał dostęp do informacji o wielu innych schorzeniach

pacjenta. Mogą być jednak tego rodzaju choroby, które danemu specjaliście w procesie leczenia – to sygnalizują lekarze – nie będą zupełnie… Nie wiem, czy to jest słuszna uwaga, czy nie, ufam w mądrość resortu, ale taki postulat się pojawił, i obiecałem, że przedstawię go na forum. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Panie ministrze, momencik, jeszcze jedno pytanie. Bardzo proszę.

Wiceprezes Grochowskiego UTW Stanisław Trzmiel:

Ja akurat korzystam ze specjalistów dość szeroko i od każdego dostaję przekaz, że muszę się zapisać do opieki podstawowej. Czasami czekam tydzień czy dwa, żeby zrealizować receptę. Czy nie planuje się, żeby specjaliści wypisywać darmowe leki? Teraz to jest duże utrudnienie, ja tracę czas, a opiece podstawowej zawracam głowę. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, panie ministrze, o udzielenie odpowiedzi.

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:

Może bardzo krótko w kolejności zadawania pytań. Chciałbym, abyśmy w Polsce, w naszym wspaniale działającym systemie informatycznym, który zapewnia niezakłócony przepływ informacji między specjalistami a POZ, między POZ a farmaceutą w aptece, między szpitalem a innymi częściami systemu, mogli decydować o tym, że np. chory na depresję nie życzy sobie, żeby jakiś specjalista wiedział, że on jest chory na depresję. Być może takie rozwiązania będziemy wprowadzać, ale też mam takie przeczucie, że jesteśmy na razie na początku drogi i pewnie dlatego nie prowadzimy takich rozważań.

Jeżeli chodzi o pana pytanie – podstawą całego programu 75+ był pomysł, żeby koordynował to lekarz rodzinny i żeby w OPZ była także kontrola finansowa oraz logistyczna tego systemu, ale również – związana z bezpieczeństwem pacjenta – konsultacja specjalistyczna, która w naturalny sposób, z pana pomocą, trafia do lekarza w POZ, który tę opiekę docelowo, czy w tej chwili w tym stopniu, w którym może, koordynuje. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo proszę, jeszcze pani poseł.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Panie ministrze, szanowna Komisjo, pani przewodnicząca. Czy nie wydaje się panu ministrowi, że jednak lekarz powinien mieć pełną dokumentację chorób pacjenta, w tym depresji, tym bardziej że leki przeciwdepresyjne dają bardzo dużo interakcji i jeżeli lekarz nie będzie tego wiedział, to może zaszkodzić pacjentowi kardiologicznie bądź w jakiś inny sposób. Trzeba chodzić do takiego lekarza, do którego się ma zaufanie. Jeżeli nie ma się zaufania, to trzeba zmienić lekarza.

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:

Pani poseł. Sam jestem lekarzem, pełna zgoda co do tego. Uważam, że lekarze powinni mieć pełny wgląd w dokumentację pacjenta. Powiedziałem tylko, co ewentualnie mógłby zapewnić system informatyczny, gdybyśmy chcieli uwzględniać takie wyszukane potrzeby pacjentów. Nie mówiłem o tym, że przed jednym specjalistą należy ukrywać coś, co dotyczy pacjenta, a o czym powinien wiedzieć drugi specjalista. Pełna zgoda co do tego, że jeśli dwóch specjalistów leczy chorego, to bardzo często, tak jak pani poseł słusznie uważa, efekty niepożądanych działań leków wypisywanych przez jednego lekarza mogą być problemem i na to pacjent może dostać leki od drugiego, więc pełna zgoda, że… Zresztą lekarza obowiązuje tajemnica lekarska, w związku z czym, jeśli on nawet wie o rzeczonej depresji, to nic specjalnie nie zmienia. Pełna zgoda. Mówiłem o technicznych możliwościach w pewnie nie tak bardzo rozpowszechnionych przypadkach. Myślę, że jeśli będziemy mieli jakiś system i będziemy widzieć, co się dzieje z pacjentem, a on nie będzie przynosił tylko tego co ma we własnej pamięci i ewentualnie w jakiejś dokumentacji medycznej, to będzie olbrzymi postęp. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Jeszcze pan poseł Szlachetka nie otrzymał odpowiedzi na pytanie.

Podsekretarz stanu MZ Marcin Czech:

To nie było pytanie do mnie.

Sekretarz stanu MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Szanowna pani przewodnicząca, myślę, że odpowiedź jest jasna. To jest pierwszy program, który ten rząd wprowadza, program wspierający seniorów. Oczywiście, na początku, jak każdy nowo wdrażany program, może on mieć pewnego rodzaju niedostatki; staramy się je usuwać. Katalog leków, które znajdują się na liście „S", jak powiedział pan minister, również systematycznie rozszerzamy. Państwo pamiętają, że gdy była procedowana ta ustawa w Sejmie, padła informacja, że w kolejnych latach są przeznaczone na refundację podwójne środki. To jest start programu. Państwa uwagi przyjmujemy z pokorą, będziemy je implementować i modelować ten program.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani minister, panie ministrze. Chciałam tylko dodać, że na pewno ta ustawa wyszła naprzeciw oczekiwaniom seniorów i seniorzy dziękują. W tym roku 564 miliony złotych zostaną w portfelach seniorów, tak że naprawdę jest to bardzo, bardzo duża pomoc. Dziękuję za odpowiedzi i przedstawienie informacji. Komisja przyjęła informację do wiadomości. Dziękuję bardzo.

Przechodzimy do trzeciego punktu – rozpatrzenia odpowiedzi Ministra Zdrowia oraz Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na dezyderat nr 4 w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Bardzo proszę panią minister Józefę Szczurek-Żelazko o przedstawienie odpowiedzi na dezyderat nr 4.

Sekretarz stanu MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Szanowna pani przewodnicząca, mam pytanie organizacyjne. Treść odpowiedzi jest dosyć szeroka i wyczerpująca, więc szanując państwa czas, jeżeli pani przewodnicząca wyrazi zgodę, to ewentualnie proponowałabym dyskusję na ten temat. Ale jeśli państwo sobie życzą, to nie ma problemu. Mogę to zreferować.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Komisja, posłowie zapoznali się z dezyderatem i z odpowiedzią. Jeżeli się nasuwają jakiekolwiek pytania, to bardzo proszę o ich zgłaszanie. Pytanie pana doktora, bardzo proszę.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Rafał Sapuła, lekarz, jestem doradcą Komisji. Chciałbym zwrócić uwagę na pewien powracający problem. Kilkakrotnie już na posiedzeniach naszej Komisji poruszaliśmy kwestię sposobu kwalifikowania pacjentów do zakładów opiekuńczo-leczniczych i do domów opieki społecznej. Cieszy mnie inicjatywa i zapewnienie MZ, że będzie powołany zespół ekspercki, który te kryteria ujednolici, bo cały czas uważamy, że skala Barthel niestety nie spełnia tego zasadniczego celu, szczególnie nie uwzględniając pacjentów z zespołami otępiennymi. I w związku z tym pytanie – gdzie takiego pacjenta w tym systemie opieki społecznej umieścić? Teoretycznie ten pacjent nie powinien być leczony w ZOL, w pewnym sensie przeciwwskazaniem jest jego choroba psychiczna.

Kolejne pytanie dotyczy taryf. Przedstawili państwo informację, że wstrzymano w tej chwili prace nad nową taryfikacją, prowadzoną przez AOTMiT. Kiedy ewentualnie można liczyć na to, że te prace zostaną wznowione? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie doktorze. Może jeszcze dopytam przedstawicielkę MRPiPS – czy pani Justyna Pawlak chciałaby coś wnieść do tego dezyderatu?

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Justyna Pawlak:

To może pani minister odpowie na pytanie, szanowna pani przewodnicząca, i ja bym wtedy przedstawiła pokrótce naszą część.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dobrze, dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani minister.

Sekretarz stanu MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo. W odpowiedzi na dezyderat opisaliśmy szczegółowo kwestię kwalifikacji. Była to pierwsza próba zdefiniowania kryteriów, które w bardziej przejrzysty sposób pozwolą kwalifikować pacjentów do ZOL, do zakładów opieki długoterminowej.

Zdajemy sobie sprawę z pewnej ułomności tej skali, dlatego, tak jak powiedziałam, będziemy pracować, szczególnie myśląc o pacjentach z otępieniem, będziemy tutaj współpracować z ministerstwem rodziny, bo musimy też zdefiniować pewne kierunki działania. W tej chwili bardzo dużo się dzieje, zresztą państwo najlepiej o tym wiedzą, jeśli chodzi o politykę senioralną, powstają pewne koncepcje i dopiero po skrystalizowaniu się konkretnych kierunków działań usiądziemy i będziemy dopracowywać te kryteria. Trzeba zawsze mieć na względzie, że jednak DPS i ZOL to są zupełnie inne podmioty. ZOL to jest podmiot leczniczy, który ma prowadzić działalność leczniczą w dokładnie określony sposób, ma sformułowany sposób finansowania i precyzyjnie określone warunki przyjmowania pacjentów. Ale z drugiej strony trzeba pamiętać o tym, że kierownik podmiotu leczniczego też ma prawo decyzji w tym zakresie; przestrzega się nie tylko kryteriów, ale również uwzględnia się jego szersze spojrzenie na temat, co może pozwolić na racjonalne decyzje przyjmowania pacjentów.

Jeżeli chodzi o taryfy wysokości finansowania. Rzeczywiście były przeprowadzone analizy, ale czekamy, aż wypracujemy ten model opieki i wtedy od nowa będzie redefiniowany sposób finansowania. Z drugiej strony też musimy mieć wszyscy świadomość, że w systemie jest określona pula środków, będących w dyspozycji NFZ. Są pewne priorytety. Zdajemy sobie sprawę, że opieka długoterminowa jest bardzo istotna, ważna i obowiązkiem państwa jest ją zapewnić, ale też w ramach tych środków musimy rozważyć i inne priorytety.

Chciałabym podkreślić, ogólnie mówiąc o problemie, że w ostatnim czasie jest wyraźny wzrost nakładów na finansowanie opieki długoterminowej. Widzą to państwo w materiałach, że ten kierunek jest cały czas realizowany. Z drugiej strony robimy wszystko, aby maksymalnie wielu pacjentów mogło znaleźć opiekę w środowisku naturalnym, w środowisku domowym, bo wszyscy zdajemy sobie sprawę, jak ważne jest środowisko domowe, jak pozytywnie wpływa ono na aktywność i jakość życia tych osób. Planujemy m.in. uruchomić i wdrożyć takie produkty, żeby opieka w warunkach domowych była efektywniejsza; robimy to z wielu powodów, przede wszystkim ekonomicznych, ale z drugiej strony ze względu na stan zdrowia pacjentów. Duże nadzieje też wiążemy z nową ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej, kiedy w strukturze zespołu POZ znajdą się różnego rodzaju profesjonaliści, którzy powinni zabezpieczyć w dużym obszarze te świadczenia w zakresie opieki długoterminowej w warunkach domowych. Generalnie chcemy przeprofilować podejście do leczenia osób przewlekle chorych, ludzi starszych i sprawić, żeby leczenie w większości było realizowane w naturalnym środowisku. Taki jest światowy trend i my też w tym kierunku zmierzamy. Nie zawieszamy jednak prac związanych z uregulowaniem funkcjonowania stacjonarnych jednostek, czyli zakładów opiekuńczo-leczniczych. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani minister. Poproszę teraz panią dyrektor, którą przeoczyłam, o odniesienie się do tego dezyderatu.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Justyna Pawlak:

Szanowna pani przewodnicząca, mam odnieść się do wypowiedzi pana, czy do całości materiału?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Jeżeli ma pani ochotę, może omówić pani całość, ale może też pani ograniczyć się tylko do zadanego pytania. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Justyna Pawlak:

To najpierw odniosę się do zadanego pytania pod kątem kwalifikacji pomocy społecznej. Wskazaliśmy w odpowiedzi, że ważna jest podstawa prawna, czyli art. 53 ustawy o pomocy społecznej, który mówi o zabezpieczeniu całodobowej opieki, jeżeli osoba tego wymaga, w DPS, oraz art. 54 ust. 3 ustawy, który mówi o kierowaniu osób do ZOL lub zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych.

W dalszej części wskazaliśmy też na współpracę przedstawicieli pomocy społecznej i przedstawicieli ochrony zdrowia, przede wszystkim współpracę pracowników socjalnych z ośrodków pomocy społecznej, a także pracowników socjalnych, którzy mogą być zatrudniani na podstawie art. 120 ustawy o pomocy społecznej przez inne jednostki, np. przez szpitale. Ważna jest tutaj wymiana informacji o stanie pomocy społecznej i ochrony zdrowia, przede wszystkim w podstawowej opiece osób samotnych i starszych, które np. nie mają rodziny, a przebywają w szpitalu. Taka współpraca, wzajemny kontakt pracownika ze szpitala z pracownikiem pomocy społecznej daje na pewno większe szanse, żeby zabezpieczyć odpowiednią pomoc, której osoba samotna potrzebuje w pierwszej kolejności.

Jeżeli jest to osoba, która może przebywać w środowisku rodzinnym, to wiadomo, że będą wzmacniane usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze. A jeżeli osoba wymaga całodobowej opieki, to po leczeniu szpitalnym powinna być zapewniona opieka w DPS, chociaż w różnych regionach Polski różnie to wygląda.

Będziemy na pewno kładli nacisk na to, żeby wzmacniać współpracę przedstawicieli pracowników pomocy społecznej i pracowników szpitali oraz pokazywać dobre praktyki w tym zakresie.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani dyrektor. Jeszcze pan chciał zadać pytanie. Bardzo proszę.

Pełnomocnik Zarządu ZMP Marek Wójcik:

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, po pierwsze dziękuję bardzo za umieszczenie tego punktu w porządku obrad. Dziś jest duży kłopot, gdyż pacjent z określonymi jednostkami chorobowymi może trafić równie dobrze do ZOL, ZPO, DPS lub szpitala psychiatrycznego. To czasem nie ma nic wspólnego z jego stanem zdrowia. Rzeczywiście więc trzeba się na granicy dwóch systemów próbować dogadywać.

Chcę się teraz odnieść wprost do kwestii wykwalifikowania i zwrócić uwagę na jedną sprawę; proszę też panią minister, aby zechciała zainterweniować. Drodzy państwo, w przypadku długoterminowej opieki pielęgniarskiej, która zresztą regionalnie jest bardzo zróżnicowana, zawsze przytaczam przykład opolszczyzny, która ma 800 tys. mieszkańców i 3,5 tys. pacjentów objętych tą opieką, a z drugiej strony Pomorze, które ma trzy razy więcej mieszkańców a tylko 800 objętych opieką. To jedna kwestia.

Istotne jest to, że bardzo często w wyniku postępowań konkursowych, gdy wygra inny podmiot świadczący opiekę pielęgniarską, a nie dotychczasowy, to pacjenci, którzy mogli korzystać z tych usług, natychmiast tracą tę możliwość. Ponieważ tych usług w skali powiatu jest niedużo, a panie, które prowadzą opiekę długoterminową pielęgniarską, muszą dojechać do sześciu pacjentów w domach i do 12 w DPS, z oczywistych powodów szukają pacjentów bliżej, bo koszt dojazdu stanowi ich własny wydatek. Wobec tego jeżeli taka osoba przegrywa konkurs i pojawia się ktoś z drugiej strony powiatu, to z całą pewnością nie obejmie opieką długoterminową tych pacjentów, którzy do tej pory z niej korzystali. Mówię o tym dlatego, że w Małopolsce, którą mam przyjemność znać najlepiej, są to sytuacje bardzo częste.

Stąd moja sugestia, żeby w przypadku kolejnych konkursów zobowiązać świadczeniodawców, którzy startują w konkursach, że mają w pierwszej kolejności, jeśli wygrają, objąć opieką pacjentów, którzy do tej pory korzystali z tej opieki. W ten sposób gwarantujemy jakąś ciągłość. Składam ręce, gdy to mówię, bo, drodzy państwo, dochodzi do życiowej tragedii, jeśli ktoś się przyzwyczaił przez trzy lata, że ma opiekę, jest z niej zadowolony i nagle traci ją z dnia na dzień. Ponieważ mówimy o kwalifikowaniu, ośmielam się o tym powiedzieć.

Chcę podziękować za przeszacowanie taryf w opiece hospicyjnej i paliatywnej i prosić o to, żeby jednak mimo wszystko nie odkładać zmian w przypadku ZOL. Stawki w zakładach opiekuńczo-leczniczych są tak marne, że niestety, trzeba to powiedzieć uczciwie, jakość usług z konieczności spada w tych ZOL.

Ostatnie zdanie o styku ZOL i DPS. Z punktu widzenia samorządów, bo je reprezentuję, mamy taką oto sytuację. Jeżeli danego mieszkańca muszę skierować do DPS, płacę 4 tys. zł z okładem za miejsce. Jeżeli ten sam pacjent trafi do ZOL, tych kosztów nie mam, albo mam, ale przepis generalnie pozwala na to, żeby nie płacić. W związku z tym, z punktu widzenia samorządów, gdyby było więcej miejsc w ZOL, wydawalibyśmy mniej pieniędzy. Przytaczam to nie jako anegdotę, tylko wskazuję na to, że w kontekście finansowania tej samej osoby, która może trafić albo do ZOL, albo do DPS, mamy całkowicie różne sytuacje.

Raz jeszcze pochwalę państwa, że chcą państwo o tym rozmawiać. Rzeczywiście dobrze by było, gdyby oba resorty spróbowały znaleźć jakieś rozwiązanie, które spowoduje, że w przypadku kwalifikowania będziemy mieli bardzo precyzyjne zasady i będzie wiadomo, kto się nadaje do ZOL, kto do DPS, a kto do ZPO. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan przewodniczący i potem pani minister.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Myślę, że kwestia kwalifikacji jest ogromnie ważna. Wydaje mi się, że dezyderat nie rozwiązuje tego problemu, który zgłosiliśmy jako Komisja. Bardzo nieprecyzyjne są kryteria kwalifikacji i jak powiedział przedstawiciel Związku Miast Polski, rzeczywiście jest tak, że osoba w podobnym stanie zdrowia może znaleźć się albo w DPS, albo w ZOL w zależności pewnie od tego, gdzie jest miejsce.

Realnym problemem, i chciałbym, żeby to wybrzmiało w tej Komisji, są stawki w ZOL. Są one tak niskie, że jakość się stale obniża. Oczywiście z tego materiału jasno wynika, że w kwocie globalnej wzrost nakładów na opiekę długoterminową jest wyższy – to naturalne, bo co roku zwiększa się liczba osób starszych w naszym kraju. Chodzi po prostu o stawki – nie są realizowane nawet ustalone w AOTMiT taryfy. Mam dane z początku roku, z których wynika, że tylko w trzech oddziałach wojewódzkich NFZ te stawki zostały uwzględnione, a w wielu województwach, w odniesieniu do wielu placówek medycznych, świadczących usługi z zakresu opieki długoterminowej, stawki w ogóle nie są podwyższane, co wpływa na jakość opieki nad pacjentem opiece długoterminowej. Niedoszacowanie często wynosi około 40%. To jest, pani minister, realny problem. Chodzi, mówiąc bardzo brutalnie, o finanse, nie tylko o zwiększanie tej kwoty globalnej, ale również zobowiązanie oddziałów wojewódzkich NFZ, żeby podwyższały stawki w placówkach świadczących określone usługi, aż doprowadzą do poziomu, który wynika również z odpowiedniej taryfy i wyceny świadczeń.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Bardzo proszę, pani minister, o udzielenie odpowiedzi.

Sekretarz stanu MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Jeżeli chodzi o zapewnienie ciągłości świadczeń pacjentom, którzy byli pod opieką świadczeniodawcy, na którego miejsce wchodzi nowy, to zostało zabezpieczone w umowach. Jeżeli są przykłady braku świadczeń, to bardzo proszę o informację, dlatego że mieliśmy sygnały ze Świętokrzyskiego, zareagowaliśmy i zostaliśmy zapewnieni, że świadczeniodawcy zostali przekazani do nowego podmiotu.

Dlaczego nie powinno być takich problemów? Nie ma takiego przypadku w oddziale NFZ, że zmniejszono środki na opiekę długoterminową w warunkach domowych. Skoro nie są zmniejszone, to znaczy, że w miejsce byłego wchodzi nowy świadczeniodawca. On nie ma jeszcze pacjentów, w związku z tym jest naturalne, że powinien przejąć pacjentów, którzy byli pod opieką poprzedniego świadczeniodawcy. Mało tego, teraz NFZ-y w taki sposób zdefiniowały kryteria konkursu, aby świadczeniodawca był jak najbliżej pacjentów; rejony czy okręgi, obszary, na które się kontraktuje, zostały zmniejszone w taki

sposób, aby świadczeniodawca miał punkt kontaktowy np. na terenie danego powiatu, żeby nie było takiej sytuacji, że świadczeniodawca ma siedzibę w województwie, a kontrakt na całe województwo. Widzieliśmy ten problem i w związku z tym wprowadziliśmy nowe zasady. Jeżeli są sygnały przeciwne, to proszę o ich przekazanie.

Co do niejednakowego nasycenia podmiotów realizujących w skali kraju te zadania. Szanowni państwo, NFZ kontraktuje z podmiotami, które istnieją na rynku. Może to rolą samorządów powinno być pobudzanie, inicjowanie powstawania takich podmiotów. Przecież samorząd terytorialny ma w ustawie wpisane zadania z zakresu ochrony zdrowia i myślę, że powinien się zainteresować tym. Jeżeli nie ma świadczeniodawców na tym terenie, to samorządy mają rolę do wykonania.

Odnosząc się do stawek. Krótko już skomentowałam kwestię zasobów, które są w dyspozycji, również kwestię taryf, które zostały wypracowane, i dlaczego nie wdrażamy ich teraz, tylko wdrożymy później, kiedy już ustalimy politykę w zakresie opieki długoterminowej. Powiem jeszcze, że znowelizowana ustawa o działalności leczniczej daje możliwość również samorządom do finansowania ZOL, który działa na ich terenie. Jeżeli samorząd liczy tak bardzo pieniądze i patrzy przez pryzmat finansowy, a nie swoich mieszkańców, to może powinien spojrzeć ich oczami i jeżeli pacjent idzie do ZOL, to dofinansować ten ZOL, bo ustawa w tej chwili daje taką możliwość. Z drugiej strony, przyjmuję tę uwagę, że należy to weryfikować. My zastaliśmy pewien stan, stawki dwa lata temu były dużo niższe, wzrosły w ostatnim okresie, staramy się je podnosić – tak, NFZ, ma pan rację – ale zawsze obracamy się w określonym zasobie finansowym, w którym pewne priorytety muszą być ustalone. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, pani minister. Jeszcze pan?

Pełnomocnik Zarządu ZMP Marek Wójcik:

Staram się być bardzo konkretny w swoich wypowiedziach i krótko powiem. Pani minister, niestety w umowach, jeśli chodzi o opiekę długoterminową pielęgniarską, nie ma kontynuacji, to jest pierwsza sprawa. Druga, to nie brak świadczeniodawców ani tym bardziej brak aktywności samorządów decyduje o tym, że jest w jednym województwie dużo pielęgniarek realizujących tę usługę, a w drugim mniej. To preferencje zarządcze dyrektorów oddziałów wojewódzkich decydują w tej sprawie. Są tacy, którzy są otwarci na tę formę, są i tacy, którzy traktują jako egzotyczną. Tu leży przyczyna. Nie chcę przerzucać piłeczki, tylko po prostu podkreślam, że dzisiaj to po stronie oddziałów NFZ leży przyjęcie pewnej polityki w działaniu. Tym bardziej że przecież trzeba sobie powiedzieć otwarcie – opieka długoterminowa pielęgniarska jest o wiele tańsza niż instytucjonalna. Już nie mówię o jej skutkach merytorycznych, tak że to nie w tym miejscu przyczyna. Bardzo dziękuję.

Sekretarz stanu MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Chciałabym sprostować jedną rzecz. Czy widział pan protokoły negocjacyjne? Nie widział pan, bo to są dokumenty między świadczeniodawcami a NFZ. Tam są te zapisy.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani minister. Wnoszę o przyjęcie przez Komisję odpowiedzi na dezyderat nr 4. Czy jest sprzeciw? Nie ma. Stwierdzam, że Komisja przyjęła odpowiedź na dezyderat nr 4.

Przechodzimy do czwartego punktu naszego posiedzenia – rozpatrzenia odpowiedzi Ministra Zdrowia na dezyderat nr 5 w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Prezydium i członkowie Komisji otrzymali odpowiedź. Czy są jakieś pytania do dezyderatu nr 5? Pan doktor. Bardzo proszę, panie doktorze.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Znowu spytam o taryfy. Są one różne w różnych województwach i wiem, że wielu kolegów z różnych regionów martwi się, że mają mniejsze finansowanie. Te różnice są stosunkowo duże. Wiem, że część dyrektorów oddziałów NFZ zapewniła świadczeniodawców, że te taryfy będą podniesione od 2018 r., a część nie. Czy te podmioty mogą liczyć na to, że stawki będą równe w całym kraju?

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na jedną rzecz, mianowicie na kryteria kwalifikowania. Państwo zasugerowali w odpowiedzi na dezyderat, że świadczenia w zakresie opieki paliatywnej nie mogą być nielimitowane, ponieważ gdyby nie było limitów przyjęć, zabrakłoby miejsc dla pacjentów nowotworowych. Trudno się z tym zgodzić, definicja WHO mówi bowiem wyraźnie, że opieką paliatywną powinien być objęty pacjent nie ze względu na rozpoznanie, ale na nasilenie objawów choroby. Szczególnie tutaj apelowalibyśmy w imieniu pacjentów, żeby limity w zakresie opieki paliatywnej domowej były jednak zdjęte. Czas oczekiwania na zapewnienie tej opieki często sięga miesiąca, dwóch, a wynika to przede wszystkim z nałożonych limitów finansowania. Często ten pacjent nie zdąży doczekać opieki domowej.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, panie doktorze. Bardzo proszę, jeszcze pani profesor ma pytanie. Bardzo proszę.

Stały doradca Komisji Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Dziękuję bardzo. Pani minister, ja bym właściwie przedłużyła to pytanie. Problem, który się zresztą pojawił w odpowiedzi na ten dezyderat Komisji, to jest znowu problem styku opieki paliatywnej z opieką długoterminową. Państwo pokazują, że to są zupełnie różne koszty i że rozszerzenie, czy zwiększenie limitów w zakresie opieki paliatywnej będzie się wiązało ze zwiększeniem kosztów w związku z tym, że wtedy być może więcej pacjentów zmieści się w tym worku. Pytanie dotyczy właśnie tego styku – czy rzeczywiście nie byłoby dobrze przyjrzeć się tym pacjentom, którzy są w jednostkach opieki paliatywnej bardzo długo i zdefiniować kryteria tego styku opieki paliatywnej z opieką długoterminową? Pozwoliłoby to zwiększyć limity zwłaszcza dla hospicjów domowych.

Docierają do nas głosy i widzimy u siebie, że pacjenci czekający miesiąc z silnym bólem, faktycznie nie doczekują tej opieki. Z mojego punktu widzenia trudno mi się zgodzić, że dostępność do opieki paliatywnej i hospicyjnej jest bliska wysycenia. W hospicjach domowych, przynajmniej według tego, co wiemy, wszędzie są bardzo długie kolejki i my rzeczywiście staramy się przyjmować tych pacjentów, którzy mają ostre objawy. Ale w kolejce do naszego hospicjum domowego trzeba czekać do miesiąca. Jeżeli to jest pacjent, który wymaga natychmiastowej interwencji, to jest to bardzo długo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani profesor. Bardzo proszę, pani minister, o udzielenie odpowiedzi.

Sekretarz stanu MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Szanowni państwo, w odpowiedzi na dezyderat wskazaliśmy państwu też, jak wyglądał wzrost dochodów w ciągu ostatnich kilku lat, od 2009 r. widać wyraźnie, jak ten wzrost postępuje, czyli kierunek zmian jest zgodny z oczekiwaniami społecznymi.

Odnosząc się do wycen, do stawki. To są usługi kupowane przez NFZ w procedurze konkursowej. Często one były ukształtowane na podstawie historycznych już ofert i stawek, które NFZ proponował. Zdarzało się też tak, i to na pewno ma wpływ na zróżnicowanie cenowe, że w niektórych regionach naszego kraju była większa konkurencja i świadczeniodawcy zwyczajnie obniżali stawki (10% maksymalnie można obniżyć), żeby zdobyć maksymalną punktację, czyli tę oczekiwaną cenę, a w przypadku 50 czy 60 zł, to jest 5, 6 zł i to jest dosyć dużo. Później jest to historycznie powielane. Cena jest przedmiotem negocjacji, więc trudno się do tego ustosunkowywać. Dyrektorzy na podstawie planów finansowych, które są ustalane przez Radę Funduszu, określają wartość środków przeznaczonych na dany rodzaj świadczeń i to jest ich suwerenna decyzja.

Generalnie, cały system wymaga dofinansowania, zresztą w tej chwili już konkretyzują się działania w kierunku zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia. Bez podwyższenia nakładów trudno nam będzie zrealizować te cele nie tylko w zakresie polityki senioralnej czy opieki długoterminowej, ale też równie ważnych innych celów. Pewno państwo już wiedzą, że podjęto decyzję o zwiększeniu nakładów już w tym roku na ochronę zdrowia i ponad 2 miliardy złotych mają trafić do systemu w różnej postaci, na środki i działania inwestycyjne, szczególnie na onkologię, na doinwestowanie naszych placówek, na opiekę nad dziećmi, młodzieżą, na szczepienia ochronne. Ale również na konkretne świadczenia będą przekazane środki do NFZ. Oczywiście to wymaga jeszcze zmian w budżecie,

czyli różnych procedur, ale jest możliwość dofinansowania, takie ustalenia już zapadają na poziomie Rady Ministrów. Mamy nadzieję, że jak najszybciej zostaną uchwalone i te środki jak najszybciej będą mogły wpłynąć do systemu, jeszcze w tym roku. Pozwoliłoby to w znacznym stopniu zapłacić za wszystkie świadczenia, które nie były objęte kontraktami, a zostały wykonane. Na pewno spowoduje to skrócenie kolejek i przede wszystkim wyraźnie poprawi sytuację finansową świadczeniodawców.

Wiedzą też państwo, że są już przygotowane konkretne projekty zmiany regulacji prawnych, które będą wymagały jeszcze procedowania przede wszystkim przez parlament, ale jest przygotowany projekt nakładów na ochronę zdrowia, konkretny projekt, ma zielone światełko i przy pomocy państwa posłów, mamy nadzieję, że się zmaterializuje i wtedy będziemy mogli rozmawiać o kwestiach, które państwo tutaj poruszają.

To są bardzo ważne rzeczy, ale cały czas wskazuję na pewne obiektywne ograniczenia. Mamy prawie 80 miliardów złotych w systemie NFZ i musimy je, tzn. prezes NFZ dokona podziału w taki sposób, aby racjonalnie je wydatkować i uwzględnić priorytety epidemiologiczne, demograficzne i czasami też może inne, wynikające oczywiście z potrzeb społeczeństwa. Tyle na temat tych stawek. Wiem, że to ważna rzecz i to jest informacja, którą w tej chwili mogę państwu przekazać. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, pani minister. Wnoszę o przyjęcie przez Komisję odpowiedzi na dezyderat nr 5. Czy jest sprzeciw? Nie ma. Stwierdzam, że Komisja przyjęła odpowiedź na dezyderat nr 5.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny. Zamykam posiedzenie Komisji.

Bardzo proszę, jeszcze dwa słowa, proszę szybciutko.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Chciałem tylko krótko sprostować, pani przewodnicząca i szanowni państwo, że w moim wcześniejszym pytaniu nie chodziło o problem dostępu do informacji o lekach, bo to jest oczywiste. Chodziło o informacje, które mają lekarze POZ, a którzy nie mają wpływu na ordynowanie leków. To jest głębszy problem niż zostało tu powszechnie zrozumiane. Ale wyjaśniliśmy to sobie z panem ministrem i zgodził się ze mną.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Jeszcze raz bardzo dziękuję. Zamykam posiedzenie Komisji. Dziękuję państwu ślicznie.